Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 17 lutego 1883. №. 7. Rok XXII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

V.

Rak okrężnicy wstępującéj, wycięcie kawałka jelita, śmierć z powodu obumarcia kiszki.

Napisał Dr. H. Schramm
asystent kliniki chirurgicznéj.

Dnia 25 października 1882 r. zgłosił się do kliniki chirurgicznéj mężczyzna lat 54 liczący z Wiśnicza, podając o swéj chorobie następujące szczegóły. Ze zdrowéj pochodząc rodziny nie cierpiał na żadne ważniejsze choroby aż do 51 roku życia. Przed trzema dopiero laty zaczęły mu dokuczać objawy przewlekłego nieżytu żołądka i jelit, brak apetytu i częste rozwolnienie osłabiały go znacznie i z tego powodu szukał pomocy u lekarzy miejscowych, za których poradą udał się do Maryjenbadu. Po kilkumiesięcznym pobycie tamże wrócił do domu z nieznacznem polepszeniem, które też nie trwało długo; objawy dawne wróciły, a nadto pojawiły się żyłki krwi śród oddawania stolca zbitszego. Przed rokiem przedstawił się chory w klinice lekarskiéj prof. Korczyńskiego, gdzie po zbadaniu chorego obok przewlekłego nieżytu żołądka znaleziono w brzuchu po stronie prawéj guz wielkości jaja gęsiego, pozostający prawdopodobnie w związku z kiszką. Chory już wówczas mocno niedokrewny udał się do Francensbadu, gdzie jednak żadnéj nie doznał ulgi. W powrocie do domu zasięgnął rady w klinice prof. Billrotha, gdzie mu doradzano wycięcia guza z jamy brzusznéj; na operacyję tę jednak chory się nie zgodził. Gdy jednak stan jego po powrocie do domu coraz bardziéj się pogarszał, a występujące teraz częściéj krwotoki śród oddawania stolca coraz bardziéj go osłabiały, przybył chory do kliniki prof. Mikulicza w następującym stanie:

Mężczyzna dobrze zbudowany, stan odżywienia bardzo podupadły, skóra i błony śluzowe blade. W narządach oddechania i krążenia nie znaleziono zmian żadnych. Żołądek znacznie rozszerzony, podczas płukania go zrana wydobyć można tylko cokolwiek cieczy śluzowatéj, kwaśno oddziaływającéj. Przez wiotkie powłoki brzuszne wymacać można po stronie prawéj w połowie odległości między łukiem żebrowym a grzebieniem kości biodrowéj obrzęk wielkości pięści, o powierzchni nierównéj, guzowatéj, twardy i tylko za mocniejszym uciskiem bolesny, dający się łatwo przesuwać aż prawie ku linii środkowéj brzucha. Wypuk w całym brzuchu bębenkowy, tylko nad samym obrzękiem przytłumiony. Stolec wolny zawiera nieco śluzu i od czasu do czasu mierną ilość krwi ciemnéj. Mocz prawidłowy.

Mieliśmy więc przed sobą obrzęk z największém prawdopodobieństwem pozostający w związku z częścią przewodu pokarmowego. Nowotwór żołądka, mianowicie jego części odźwiernikowéj, wykluczyć było można z powodu braku najwybitniejszych objawów, a mianowicie wymiotów, na jakie chory nigdy nie cierpiał a nadto i umiejscowienie guza, bardzo wielka jego ruchomość przemawiały przeciw rakowi odźwiernika. Rozpoznanie więc wahało się między nowotworem sieci lub kiszki grubéj; za pierwszym przemawiała znaczna ruchomość guza i brak wybitnych objawów zwężenia kiszki, za drugim obecność stolców krwawych, do wytłumaczenia których nie było żadnych innych podstaw. Brak objawów zwężenia można było wytłumaczyć tém, że nowotwór zajmował tylko część ściany kiszki nieokrążając jéj dokoła. Rozpoznanie kliniczne brzmiało więc: *Carcinoma coli ascendentis.*

Jasną było rzeczą, że w obec takiego rozpoznania jeden był tylko możebny środek wyleczenia chorego, mianowicie oddalenie nowotworu. W przypadku naszym nie było też objawów znacznego zwężenia jelita, nie było uporczywego zaparcia stolca i wymiotów, które w większéj części znanych dotąd przypadków były najważniejszém wskazaniem do operacyi, a właśnie brak tych objawów i ruchomość gu-

za, pozwalająca wnosić o braku zrostów z częściami sąsiedniemi były zachętą do spiesznéj operacyi, dając nadzieję, że w obec małych rozmiarów nowotworu i wycięcie go będzie łatwiejsze, i gruczoły będą wolne a zatém i obawa recydywy mniejsza. Wreszcie mocno podupadły stan odżywienia chorego, który za dalszém oczekiwaniem musiałby się jeszcze bardziéj pogorszyć, nie dozwalał dłuższéj zwłoki. Zważywszy wreszcie, że według zestawienia Köhlera (*Darmresektion bei Karcinom des Dickdarms. Inaug. diss. Breslau* 1881) na 25 przypadków wycięcia nowotworów kiszki grubéj 15 czyli 60% zakończyło się zupełném wyzdrowieniem, mogliśmy mieć nadzieję, że i nasz przypadek pomyślnym zostanie uwieńczony skutkiem. Przedstawiono więc choremu konieczność operacyi, na którą natychmiast się zgodził, przekonawszy się już poprzednio o bezskuteczności innych środków.

Operacyję wykonał prof. Mikulicz dnia 28 października 1882 r. w sposób następujący: Śród wielkich ostrożności przeciwgnilnych w pokoju do 24°C. ogrzanym poprowadził przez powłoki brzuszne cięcie zaczynające się 2 cm. na wewnątrz i 3 cm. poniżéj mostka, idące skośnie ku dołowi i zewnątrz, 10 cm. długie. Po dokładném zatamowaniu krwotoku otwarto otrzewnę i pokryto natychmiast wypuklające się pętle kiszek cienkich gazą jodoformową zmaczaną w 5% rozczynie karbolu. Przez utworzoną ranę wprowadził prof. M. rękę do jamy brzusznéj i wydobył na zewnątrz guz, który, jak się teraz pokazało, zajmował okrężnicę wstępującą blisko jéj przejścia w poprzeczną. Guz ten pozrastany silnie z siecią zajmował cały obwód kiszki w rozległości 6 cm. Teraz przystąpiono do odosobnienia choréj części kiszki. Była to robota bardzo żmudna z powodu licznych i silnych zrostów i zajęła blisko godzinę czasu. Wszystkie zrosty przecinano między dwiema podwiązkami z jedwabiu Czernego. Kilka strzykających tętnic podwiązano osobno, zarazem wyjęto z krezki 3 gruczoły limfatyczne twarde, wielkości orzecha laskowego. Teraz wsunięto pod odosobnioną część kiszki szeroki pas gazy jodoformowéj, zmaczany w 5% karbolu, nadcięty po obu końcach i końce te związano powyżéj i poniżéj nowotworu, tym sposobem cała następna część operacyi odbyła się dokładnie po za jamą otrzewnową a nadto związane na kiszce końce gazy jodoformowéj służyły za dobry punkt oparcia dla palców asystenta, uciskającego dowodzącą i odwodzącą część kiszki. Poczém przecięto ściany jelita na 1 cm. od czuć się dających granic nowotworu i zaraz po oddaleniu tegoż wymyto oba końce 5% rozczynem karbolu. Ponieważ część odwodząca była znacznie węższa niż środkowa, przeto w celu wyrównania obwodu obu końców nadcięto część obwodową w kierunku podłużnym. Zespojenie obu końców odbyło się w ten sposób, że najpierw założono szew kuśnierski z jedwabiu na błonę śluzową, a następnie szwem Lemberta, również kuśnierskim, zespojono dokładnie powierzchnie otrzewnowe obu końców kiszek i dla większéj pewności dodano jeszcze kilka szwów węzełkowych. Po przekonaniu się, że zespojenie wzdłuż całego obwodu kiszki było dokładne, oddalono z pod zeszytéj kiszki pasek gazy jodoformowéj i zeszyto obie blaszki krezki również szwem Lemberta. Po obmyciu pętli jelita 5% rozczynem karbolu, odprowadzono ją do jamy brzusznéj i ranę w ścianie brzusznéj po oczyszczeniu otrzewny zamknięto 5 szwami płytkowemi, kilkunastoma jedwabnemi i założono opatrunek. Cała operacyja trwała dwie godziny. Chory mocno osłabiony przeniesiony do sali otrzymuje kamionki ciepłe i środki podniecające.

Wyjęta część jelita 8 cm. długa. Po obu końcach ściana w rozległości 1 cm. prawidłowa reszta mocno zgrubiała przez naciek zwężający jéj światło tak, że ledwie mały palec przez nie można przesunąć. Wewnętrzna powierzchnia kiszki nierówna, owrzodziała, w zagłębieniach rozpadającego się nowotworu resztki niestrawionych pokarmów. Nowotwór na przekroju białawy, zbity w wielu miejscach drobne żółtawe rozmiękłe ogniska. Badanie drobnowidowe wykazało jako punkt wyjścia nowotworu gruczoły kiszkowe; w wyjętych gruczołach limfatycznych przerzutów nie znaleziono.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Ogólny pogląd na nowsze teoryje jaskry.

Wykład habilitacyjny.
Podał Dr. E. Machek.

Od bardzo dawnych czasów oddawali się lekarze nauce o jaskrze. Chociaż nie zawsze tak jak dziś pobudzały i zachęcały do zbadania przyczyn i poznania objawów względy naukowe i zagadkowość choroby, to przecież zmuszało do tego wykonywanie sztuki lekarskiéj i zetknięcie się z chorymi. Jaskra bowiem jest stosunkowo dość częstą chorobą. Sama sobie pozostawiona pozbawia we wszystkich bez wyjątku przypadkach chorych wzroku, a ślepe już oczy ulegając dalszym zmianom chorobowym są przyczyną gwałtownych bólów, które nieszczęśliwych chorych zmuszają do szukania pomocy lekarskiéj. To téż jaskrę znają już Galen, Pliniusz i Avicenna; lecz ani spostrzeganie objawów chorobowych ani ich leczenie naukowéj wartości nie miało. Więcéj się można było spodziewać po badaniach anatomicznych oczu jaskrą dotkniętych, które w zeszłym wieku wykonał Brisseau we Francyi, a to tém więcéj, że po ogłoszeniu tych prac Beer w Wiedniu niemało przykładał starań, aby poznać objawy téj choroby. Lecz medycyna ówczesna zagrzęzła w humoralnych teoryjach patologicznych widzi w jaskrze zapalnéj tylko skutki artrytycznéj skazy krwi (Beer, *Augenheilkunde*, 1817, t. II, p. 255) a jaskrę prostą, nieznając wziernika ocznego, nie może odróżnić od zaniku nerwu wzrokowego. Zanim się wzmógł kierunek ścisłych badań anatomicznych, zanim wynaleziono wziernik oczny, można było zastosować do nauki o jaskrze słowa Bacona werulamskiego wypowiedziane o nauce swojego czasu: „Taka, jaką ta nauka była, rozporządzając środkami jakie miała, niezdolną była do wynalezienia nowych rzeczy“. (Bamberger, *Ueber Bacon von Verulam vom medic. Standpunkte*, 1865). Lecz z początkiem drugiéj połowy tego wieku istotnie nowe dla okulistyki nastały czasy, nowe wynaleziono drogi i nowe sposoby badania. Za pomocą wynalazku Helmholtza zbadał Edward Jaeger szczegóły dna oka jaskrą dotkniętego, Henryk Müller szukając zmian anatomicznych dopatrzył się zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego, a Graefe, którego w ocenianiu patologicznéj semiotyki jaskry, pod niejednym względem uprzedził Mackenzie (1844), uczeń Beera, zwrócił uwagę na doniosłość podwyższonego ucisku śródocznego w jaskrze. Istotę jaskry zapalnéj, tak uczy Graefe, stanowi podwyższenie ucisku śródocznego, skutkiem czego oko twardszém, a często tak twardém jak kamień się staje. Należyte ocenienie tego jednego objawu zmieniło naukę o jaskrze, i wystarczyło, aby wytłumaczyć wszystkie i najdrobniejsze zmiany chorobowe, które w przebiegu téj choroby występują. Teraz jasną stało się rzeczą, dla czego są rozszerzone przodkowe żyły rzęskowe,

dla czego rogówka jest nieczułą, tęczówka porażoną a przodkowa komórka płytką, dla czego tętnica siatkówkowa tętni, pole widzenia jest ścieśnione a tarcza nerwu wzrokowego wydrążoną. Kiedy wreszcie Donders wykazał, że przynajmniéj przemijająco także w przypadkach jaskry prostéj ucisk śródoczny jest podwyższony, nie ulegało już najmniejszéj wątpliwości, że ten wybitny objaw podwyższonego ucisku śródocznego nietylko stanowi istotę jaskry zapalnéj lecz także i prostéj jaskry.

A teraz nasunęło się inne pytanie. Skutkiem jakich to przyczyn powstaje podwyższenie ucisku śródocznego? W któréj części oka rozpoczynają się zmiany chorobowe, które tak szkodliwie działają na przyrząd wzrokowy? jaka jest pierwsza zmian tych przyczyna? Chcąc zaś na te pytania odpowiedzieć znaleźli się uczeni na gruncie teoryj jaskrowych.

Najbystrzejsze umysły, uczeni którym ludzkość za ich wielkie zasługi po wszystkie czasy wdzięczną zachowa pamięć, usiłowali odpowiedzieć na te pytania. Zdobycze naukowe na tém polu zebrane zbliżyły nas do upragnionego celu, lecz pomimo to takiéj teoryi, któraby z jednéj przyczyny wszystkie przypadki jaskry tłumaczyła, dotąd nie mamy. Zdaje mi się, co wreszcie wyniknie z dalszego toku wykładu, że się trzeba będzie oswoić z tą myślą, że w późniejszym swoim przebiegu chorobowym bardzo nawet do siebie podobne przypadki jaskry w pierwszych początkach i przyczynach swoich mogą być zupełnie od siebie różnemi chorobami.

Teoryje, które w podwyższonym ucisku śródocznym widzą istotę jaskry nazywamy uciskowemi. Do tych teoryj przyznają się prawie wszyscy okuliści świata. Wyjątek stanowią Edward Jaeger i Mauthner. O zapatrywaniach tych okulistów późniéj mówić będę. Wracam do teoryj uciskowych.

Treść gałki ocznéj jest niemal płynną a otacza ją elastyczna błona. Do oka za życia ciecze przypływają i odpływają. Aby się hydrostatyczna równowaga utrzymała, konieczną jest rzeczą, aby ilość cieczy przypływających równała się ilości cieczy odpływających. Jeżeli więcéj przypływa niż w stanie fizyjologicznym a tyle tylko odpływa, jak w stanie prawidłowym wtedy przybywa treści, jéj parcie na wewnętrzną ścianę gałki ocznéj wzmaga się, a oko staje się twardszém. Otóż w zwiększonym przypływie widzimy jednę przyczynę podwyższenia ucisku śródocznego. Z drugiej strony trzeba przyznać, że jeżeli przypływ jest prawidłowy, lecz dla jakich przyczyn chorobowych ciecze w mniejszéj ilości z oka odpływają, także skutkiem tego utrudnienia odpływu oko twardszém stać się może. Stosując się do tych prostych zasad można teoryje uciskowe podzielić na takie, które przyczynę podwyższonego ucisku śródocznego widzą w zwiększonym przypływie i na takie, które ją w utrudnionym odpływie upatrują. Do pierwszych teoryj należą teoryje Graefego i Dondersa.

W roku 1857 napisał Graefe pracę o jaskrze, w któréj zaleca wykonanie irydektomii celem obniżenia ucisku śródocznego. W téj saméj pracy ogłasza Graefe swoje zapatrywania co do przyczyn podwyższenia ucisku śródocznego — swoją teoryję jaskry. Jaskra z a p a l n a jest surowiczém zapaleniem naczyniówki. W stanie zapalenia wydziela naczyniówka większą ilość wydzieliny surowiczéj, która się dostaje do ciałka szklanego. Skutkiem powiększenia jego objętości powstaje podwyższenie ucisku śródocznego a dalsze szkodliwe skutki tegoż są nam już znane. Za takiém zapaleniem surowiczém naczyniówki przemawiały: analogija z zapaleniem surowiczém tęczówki, równoczesne występowanie objawów zapalnych, przekrwienie dna oka i nastrzykanie rzęskowe, a wreszcie zaćmienie ciałka szklanego. Przeciwko téj teoryi przemawiają jednak ważne spostrzeżenia. Naprzód nie można we wczesnych okresach téj choroby wykazać zmian anatomicznych w naczyniówce, któreby skutkiem zapalenia powstać powinny. Zarzut ten Graefe odparł skutecznie w późniejszéj pracy, gdyż wykazał, że po surowiczém zapaleniu tęczówki, którego istnieniu nikt zaprzeczyć nie może, także widoczne zmiany anatomiczne nie pozostają. Grubsze zmiany anatomiczne pozostają tylko po plastycznėm zapaleniu tęczówki i naczyniówki. Jakżeż atoli wytłumaczyć powstanie jaskry prostéj? Tam nie ma objawów zapalnych, ciałko szklane jest czyste a z objawów przeważają wydrążenie tarczy nerwu wzrokowego i upośledzenie funkcyi. Graefe i ten zarzut odeprzeć się stara (*Archiv*, 1862). Wspomina, że w największéj liczbie przypadków jaskry prostéj można od czasu do czasu wykazać lekkie objawy zapalne, zaćmienie ciałka szklanego, mierne bóle w gałce ocznéj i sądzi, że „zapewne we wszystkich przypadkach możnaby takie przemijające wykazać zapalenie“. Dalsze atoli spostrzeganie pouczyło, że wprawdzie od czasu do czasu ucisk śródoczny w tych przypadkach jaskry bywa podwyższony, lecz że objawów zapalenia w wielu przypadkach spostrzeganych bardzo dokładnie aż do wytworzenia się wydrążenia tarczy nerwu wzrokowego i utraty wzroku wykazać nie można było. Tak więc widzimy, że teoryja Graefego ostać się nie może. Dodać wreszcie muszę, że jeszcze jedno bardzo ważne spostrzeżenie przemawia przeciwko teoryi zapalnéj. L. Rydel w pracy swojéj o jaskrze ogłoszonéj w sprawozdaniu z kliniki wiedeńskiéj (1867, str. 140) przytacza następujące spostrzeżenie: Chorą operowano na lewém oku z powodu jaskry, prawe zaś było prawidłowe. Pietnastego dnia po operacyi skłoniły prof. Rydla podmiotowe objawy jaskry na oku prawém do powtórnego badania tegoż oka. Znalazł on oko twarde jak kamień, a ciałko szklane czyste. Późniéj dopiero wystąpiły objawy gwałtownego ostrego zapalenia. Podwyższenie ucisku śródocznego wystąpiło więc naprzód a dopiero późniéj objawy zapalenia. To jedno spostrzeżenie wystarczyłoby, aby zachwiać teoryję, która w zapaleniu naczyniówki widzi przyczynę jaskry. Raczéjby bowiem sądzić należało, że zapalenie jest skutkiem podwyższonego ucisku śródocznego niż odwrotnie. I to spostrzeżenie niejednokrotnie stwierdzone (Donders) przemawia przeciw teoryi zapalnéj. Lecz chociaż teoryja Graefego powstania wszystkich przypadków jaskry nam nie wytłumaczy, zabiegi jego nie były bezowocne. Od roku 1857, w którym Graefe, jak już wspomniałem, zalecił wykonywanie irydektomii jako środka, który obniża ucisk śródoczny, jaskra, o któréj w 23 tezie pracy swojéj o chorobach naczyniówki, przedłożonéj francuskiéj Akademii nauk twierdzi Sichel (*Annales d'oculistique*, t. VIII) „że nieznany jest ani jeden przypadek uleczenia téj choroby“, stała się uleczną. (C. d. n.)

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

c) W b ł o n i c y.

1) Andrzéj Kordzik, chłopiec $1\frac{1}{2}$ roczny, dość dobrze od-

żywiony, przyjęty do szpitala 6 września 1879 z błonicą przełyku. Wyraz twarzy zdradza przytłumienie, chory wpół-przytomny, z nosa wypływa ciecz surowiczo-żółta, brudna, na obu migdałkach, języczku i połyku szaro-brudno rozpływająca się wypocina, zniszczenia pod nią powierzchowne-gruczoły podszczękowe ostro obrzękle, śledziona powiększona, ciepłota 39·9, mocz zawiera ślad białka. Przebieg błonicy do 12go września nie przedstawia nic nadzwyczajnego, 12go obok ciepłoty 39·5°C. silne drgawki ogólne dwugodzinne, po których nastąpił zapad. Wśród objawów ogólnego osłabienia, ledwo wyczuwalnego tętna, płytkiego bardzo przyspieszonego oddechu nastąpiła śmierć 13 września o godzinie 10 rano. Zmian w narządach klatki piersiowéj do ostatniéj chwili nie zauważono. Sekcyja wykonana 14go września wykazała: Rozległe zniszczenia błonicowe w połyku i gębie, obrzęk ostry gruczołów podszczękowych, obrzęk ostry śledziony, ostre tłuszczowe zwyrodnienie nerek.

2) Ludwik Grzymek, chłopiec 3-letni, dobrze odżywiony, przyjęty 2 kwietnia 1879. — Twarz zaczerwieniona, senność, zgrzytanie zębami; na obu migdałkach od strony wewnętrznéj rozległe wrzody, pokryte szarą, ropiasto włóknistą wypociną, gruczoły podszczękowe obrzękłe. Wieczorem ciepłota 39·2, bezprzytomność, z nosa wycieka ciecz ropna, sine zabarwienie lic, charczenie; w płucach zmian wykazać nie można. Po północy drgawki, które ograniczyły się do jednego napadu, i trwały przeszło godzinę. 3go kwietnia nad ranem śmierć. Sekcyi nie było.

3) Bolesława Grzesikowska, dziewczyna 4-letnia, dość dobrze odżywiona, przyjęta 7go lutego 1879. Po za uchem lewém ranki po pijawkach, zaczerwienienie skóry, bardzo znaczny obrzęk gruczołów podszczękowych. Połyk a w szczególności migdałek lewy obrzmiały, pokryty wrzodem błonicowym, na którym prócz wypociny widać skrzepy krwi. Chora przytomna, w organach wewnętrznych zmian nie ma. 8go ciepłota ranna 37·1°C., tętno adynamiczne, wieczorem ciepłota 39·3°C., dwa napady drgawek ogólnych po użyciu kwasu borowego 2 procentowego. Wśród ogólnego zapadu śmierć 9 lutego o g. 3 rano. Sekcyja wykonana 10 lutego 1879 wykazała: *Diphtheritis palati mollis et tonsillarum, nephritis parenchymatosa acuta, catarrh. chronicus intestini.* Istota korowa mózgu na rozkroju ciemniéj zabarwiona, wyraźniéj od białéj odgraniczona, w téj ostatniéj dość liczne drobne kropki ciemnoczerwone, tu i owdzie jednostajne różowe zabarwienie.

4) Maryja Kościelna, dziewczyna 2-letnia, źle odżywiona, przyjęta 27 maja 1881 z nieżytem przewłocznym jelit, wypadnięciem kiszki odchodowéj, zapaleniem płuca prawego i obrzękiem śledziony. Krzywica dość znacznego stopnia. 18 czerwca występuje gorączka ponownie c. 38·8°C., w pasze lewéj wypuk bębenkowy, 20/6 ciepłota ranna 39·3°C., szarawy nalot na migdale prawym. 21 pokłady błonicowe na obydwu migdałach, gruczoły podszczękowe nieobrzękłe, 23go objawy duszności, sinica c. 40·1°C. wieczorem silny napad drgawek ogólnych, wśród których o godzinie 8méj śmierć. Sekcyja 25 czerwca: *Laryngitis membranacea, atelectasis et bronchitis diffusa, Catarrhus chronicus coli, prolapsus mucosae recti, degeneratio hepatis parenchymatosa acuta, tumor lienis chronicus.*

5) Maryja Hajdecka, dziewczyna 1½-roczna, miernie odżywiona, przyjęta 23 lipca 1881 r. Zez zbieżny, obrzęk okolicy podszczękowéj, na łukach podniebiennych wypocina błoniasta, szaro-żółta. Nieżyt oskrzeli, rozwolnienie częste. 24/7 c. r. 38·5°C., upadek sił, drgawki mięśni twarzy i odnóg kilka godzin trwające. W stanie prawie konającym zabrana przez rodziców.

We wszystkich 5ciu przypadkach wystąpiły drgawki dopiero wtedy, gdy błonica była już rozwiniętą a nawet można powiedzieć, jako objaw przedśmiertny, dla tego pod względem tłumaczenia ich, zarówno uważać je można jako wywołane bezpośrednio w skutek zadrażnienia ośrodków przez krew w jad błonicy właściwy obfitującą, jak też za następstwo zatrucia kwasem węglowym w skutek mechanicznie utrudnionego oddechania, zatém jako drgawki śród duszenia się występujące. Zależy to tylko od tego, z jakiego stanowiska na błonicę samą się zapatrujemy, t. j. czy uważamy ją jako chorobę pierwotnie miejscową z następowém dopiero zakażeniem organizmu, czy téż jako chorobę ogólną z umiejscowieniem przeważnie na błonie śluzowéj przełyku. Pod względem postaci, czasu trwania, częstości napadów, nie przedstawiały drgawki w wyżéj opisanych przypadkach nic nadzwyczajnego, wystąpiły zawsze obok ciepłoty wysokiéj; w przypadku 3cim po zasypaniu proszkiem, przyczém dziecko się szamotało i było niespokojne, — przypadek ten przedstawia jeszcze możność tłumaczenia drgawek na drodze odruchu. Przebieg błonicy był złośliwy, 4 przypadki zakończyły się śmiercią, a w 5tym zabrano dziecię ze szpitala w stanie konającym. Sekcyję tylko w 3ch przypadkach można było wykonać, a jedynie w przypadku 3cim znaleziono mierne przekrwienie istoty mózgowéj.

d) W m o c z n i c y.

1) Tekla Brożkówna, dziewczyna 6-letnia, dość dobrze odżywiona, przyjęta do szpitala 29 grudnia 1879 z kokluszem. Stan bezgorączkowy, mierny obrzęk powiek, zaczerwienienie spojówek, nos zapchany strupami z krwi skrzepłéj, na więzadełku językowém wrzodzik, w płucach zwłaszcza częściach górnych liczne rzężenia i furczenia. Napady kokluszowe silne, w wydzielinie oskrzelowéj liczne żyłki krwi. Mocz białka nie zawiera. Napadów krztuścowych dziennie 12 do 16; badanie drobnowidowe wydzieliny okazało obok śluzu, komórek przybłonkowych, ciałek krwi, barwika krwi i znacznéj ilości indykanu, także i o b e c n o ś ć s w o i s t y c h g r z y b k ó w p r z e z T s c h a m e r a o p i s a n y c h w postaci swéj dość charakterystycznéj; 2go lutego 1880 wymioty, ból głowy i brzucha, ciepłota 39·1. W pasze lewéj krótszy nieco odgłos wypukowy. Mocz wysycony zawiera znaczną bardzo ilość białka, chlorki zmniejszone, w osadzie ciałka ropy dość liczne, ciałka krwi częste, łuski przybłonkowe i wałeczki Belliniego częste. 3go kaszel krótki, napady krztuścowe rzadkie, zaostrzenie oddechu w płucu lewém, c. r. 38·8. 5go nudności, wymioty, moczu ilość skąpa, c. r. 38·6, c. w. 39·2. W obydwu płucach rzężenie świszczące zwłaszcza w lewém, obrzęk surowiczy twarzy znaczniejszy. 12go gorączka ustępuje, rzężenia w płucu lewém się utrzymują, stłumienie wypuku również. Moczu ilość zawsze jeszcze mała; jest on mętny, ciemny, zawiera wiele białka. 13go rozwolnienie, wymioty zielone, krwotok z nosa. Mocz zawiera krew prawie czystą w znacznéj ilości; od 14go do 19go codziennie wymioty kilkakrotnie, brak apetytu, bóle głowy, mierna ilość moczu. 19go c. r. 38·5. W dolnym płacie płuca prawego liczne drobne trzeszczenia. Obrzęk surowiczy odnóg dolnych. W moczu jeszcze znaczna ilość krwi i białka. 22go bladość twarzy, cera zmieniona, źrenice rozszerzone, w nocy napad drgawek, które rozpoczęły się od wykrzywiania twarzy, objęły kolejno mięśnie głowy, kla-

tki piersiowéj, przepony i odnóg górnych; chora była nieprzytomną, c. 38·3°. Podczas wizyty rannéj ciepłota 37·2°, chora leży apatycznie, oddech nieregularny charczący, ruchy serca przyspieszone, tętno nikłe, porażeń nie ma. Moczu przez 24 godzin zaledwo 60 cm. sz., 23go drgawki się powtórzyły; 24go rano o godzinie 2éj śmierć. Sekcyja 25 lutego: Zapalenie serowate płuca lewego i części prawego, puchlina płuca prawego; zapalenie nerek krwotokowe, stłuszczenie wątroby, śledziona pozimnicza, puchlina odnóg dolnych, niedokrewność ogólna.

2) Wiktoryja Eklówna, dziewczyna 5-letnia, dosyć dobrze odżywiona, przyjęta 5 sierpnia 1880; obrzęk surowiczy tkanki podskórnéj zwłaszcza na odnogach dolnych. Przyrządy klatki piersiowéj prawidłowe, mierna ilość płynu wolnego w jamie brzusznéj. Mocz cisy, mętny, w ilości małéj oddany zawiera znaczną ilość białka; w osadzie obok obfitych wałeczków tak szklistych jak i ziarnistych, ciałka krwi i przybłonka zrzadka. Stan bezgorączkowy. 12go mierna ilość białka. Płyn wolny w dolnéj części klatki piersiowéj. 13go moczu ilość bardzo skąpa; obrzęk twarzy znaczniejszy. Po południu boleści w okolicy serca, wymioty, zgrzytanie zębami, duszność, niepokój i rzucanie się, charczenie, rozszerzenie i leniwa reakcyja źrenic, drgawki kloniczne ogólne i toniczne mięśni stosu pacierzowego, powtarzające się po krótkich przestankach. 14go o godzinie 1éj rano śmierć. Sekcyja 15go sierpnia: *Nephritis parenchymatosa subs. hydrope universali* (*Hydrothorax. Atelectasis dissem. pulmonum*). *Hyperaemia et oedema mucosae pharyngis. Tumor lienis chronic. Hydrocephalus ventriculorum lateralium.*

3) Stanisław Wieczorek, chłopiec 8-letni, miernie odżywiony, przyjęty 6 października 1880. Poniżéj ucha lewego znaczny obrzęk gruczołów i tkanki okołogruczołowéj, twardy, pokryty skórą zaczerwienioną, gorącą i bolesną. W obu jamach opłucnowych i w jamie brzusznéj płyn wolny. Szmer anemiczny przy pierwszym tonie serca. Mocz zawiera obfitą ilość białka, w osadzie wałeczki przejrzyste oraz krew i ropę. Łuszczenie przyskórka, obrzęk surowiczy skóry. Stan prawie bezgorączkowy, ciepłota 37·6°. 13go wymioty, chory skarży się na zawrót głowy, tętno 78, c, r. 37·0° moczu ilość skąpa, mocz ciemny, mętny. W południe drgawki mięśni twarzy, gałek ocznych, późniéj ogólne, trwające bez przerwy około 2ch godzin. Utrata przytomności zupełna. 14go przytomny, c. r. 38·8, rzężenia drobne w płucu prawém. Żali się na ból głowy i zawroty. Źrenice szerokie, brak łaknienia, moczu nader mała ilość. 15go w nocy drgawki. Rano ciepłota 39.6, chory półprzytomny, niespokojny, twarz blada, usta pianą pokryte, źrenice szerokie, zadyszka, arytmia serca, tętno nikłe. Wieczorem drgawki ogólne. 16go o godzinie 4éj śmierć. Sekcyja 18go października: *Laryngitis crouposa, bronchopneumonia bilateralis, nephritis parenchymatosa acuta. Emollitio disseminata cerebri.*

4) Jędrzéj Marek, chłopiec 11-letni, miernie odżywiony przyjęty 6go maja 1880. Obrzęk ogólny skóry, łuszczenie przyskórka, nieznaczny nieżyt oskrzeli, tony serca głuche, w brzuchu mierna ilość płynu wolnego, śledziona znacznie powiększona, bolesna za dotykiem. Mocz ciemno cisy, zawiera białko w znacznéj ilości, w osadzie stwierdzono wałeczki Belliniego i krew. Stan bezgorączkowy. 11go maja dreszcze, wymioty, mocz ciemniejszy, ilość jego znacznie mniejsza, c. 38·6. Po wstrzykiwaniach pilokarpinu stan znów się poprawił. 15go wymioty częste, obrzęk surowiczy się wzmaga, niespokój, duszność, ból głowy i brzucha, rozwolnienie. 16go śpiączka, nudności, wymioty, tętno przyspieszone, nikłe, ciepłota prawidłowa, oddech powierzchowny, duszność się wzmaga, moczu ilość skąpa. Wieczorem i w nocy kilkakrotne drgawki czas dłuższy trwające, chory nieprzytomny, nie czuje i nie oddziaływa na bodźce zewnętrzne, źrenice szerokie, skóra chłodna, ruchy serca tumultuarne, tętno prawie nie macalne. W moczu wiele krwi. Charczenie w tchawicy, 17go nad ranem śmierć w zapadzie. Sekcyja 19 maja: *Nephritis parenchymatosa chronica. Pneumonia lobularis dextra, oedema pulmonis utriusque. Hydrops universalis. Tumor lienis chronicus. Haemorrhagia corticis sinistrae hemisphaerae circa scissuram longit., magnitudin. nucis. turcic.* (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. L. Feigel (we Lwowie): **Podręcznik medycyny sądowéj, na podstawie dzieł E. Hofmanna, J. Maschki i własnego doświadczenia, z 7 drzeworytami.** Lwów 1883 r., nakładem własnym, in 8vo, V i 443.

Przystępując do ocenienia książki, któréj tytuł podaliśmy, mamy przed sobą zadanie łatwe, skoro szan. autor otwarcie przyznaje, że praca jego nie jest oryginalną. Wolelibyśmy wprawdzie, aby lekarz tak doświadczony, jak Dr. F., napisał był podręcznik oryginalny albo tłumaczył jedno z lepszych dzieł; wszakże i pierwsze dzieło sądowolek. polskie było tłumaczoném z niemieckiego, a prof. wileński Mik. Mianowski nie tylko nie wahał się przyznać, że pomimo licznych zmian, które uskutecznił, praca jego nie przestała być prostym przekładem, ale nawet tłumaczenie to za nie małą poczytał sobie zasługę.

Musimy jednak liczyć się z faktem dokonanym a byłoby rzeczą niesprawiedliwą, gdybyśmy nie uznali pilności i pracowitości, któréj złożył dowody kol. F. wygotowawszy podręcznik, który rzeczywiście był potrzebnym. Jeżeli uwzględnimy, jak nielicznym jest poczet książek fachowych, pojawiających się u nas, z jakiemi trudnościami piszący ma do walczenia, i jak niewdzięczną praca taka bywa, niepodobna autorowi odmówić uznania, że nie szczędził czasu, trudu i wydatków, aby spełnić swój obowiązek.

Rozchodzi się tylko o sprawdzenie, jak autor wywiązał się z swego zadania, czy opierając się na dziełach Hofmanna, Maschki i innych zestawił dobrze materyjał obfity i czy go ułożył w sposób korzystny dla czytelnika?

Przeczytawszy książkę uważnie i posiadając niejaką znajomość literatury mamy prawo do wydania sądu, że autor z tego zadania wywiązał się dobrze. Umiał on wybrać z piśmiennictwa co najlepsze i zestawić poszczególne działy na podstawie prac autorów najlepszych, skutkiem czego podręcznik jego jednoczy w sobie zalety, przyznane poszczególnym celniejszym autorom. Nie ulega wątpliwości, że obecnie książka Hofmanna trzyma prym pomiędzy dziełami sądowolekarskiemi; to téż Dr. F. głównie za tym idzie autorem, trzymając się w wielkiéj części wiernie jego podziału i układu szczególnych ustępów; niektóre działy, jak o dziejach medycyny sądowéj, sposobie wykonywania oględzin pośmiertnych, ocenianiu blizn, badaniu plam krwawych zestawił według zbiorowego dzieła Maschki (a względnie według Janovskiego, Eulenberga, Weila, Dragendorffa), inne według dzieła Schauensteina (o badaniu kości, śladów stóp, o uchybieniach lekarskich). Gdy więc wybór dzieł był trafny a zestawienie dobre, słusznie przyznać należy, że podręcznik, tak jak autor jego zamierzył, podaje

w sposób wyczerpujący stan obecny nauki. Ze swéj strony autor dodał jeszcze biblijografiję sądowolekarską polską (str. 12—21) i rzecz o zbadaniu wątpliwego stanu zdrowia (str. 58—71). Z 7 rycin, mieszczących się w książce, 4 wzięte są z dzieła Hofmanna a 1 z dzieła Maschki.

Ujemną stronę książki stanowi brak psychijatryi sądowéj i nowszego prawodawstwa karnego. Bez pierwszéj podręcznik nie jest całością, bo nabywający go oglądać się musi za innym podręcznikiem. Autor nie opracował tego działu najważniejszego przez wzgląd na ogłoszoną w r. 1879 psychopatologiję sądową Dra Rothego, do któréj téż czytelnika odsyła; ale mógł był uzyskać miejsce potrzebne dla tego działu, gdyby nie był umieścił rozdziału o chorobach udawanych, nad którym najlepsze dzieła nowsze jako nad zbytecznym przechodzą do porządku dziennego. Poprzestając zaś na podaniu przepisów obowięzującego kodeksu karnego austr., nie zastósował autor podręcznika swego do potrzeb lekarzy i prawników nieaustryjackich; jeżeli zaś sądzi, że „przy znajomości zasad nauki medycyny sądowéj takowa da się z łatwością zastósować do innych prawodawstw," to jednak wiele na tém zależy, aby lekarz umiał stósować się do przepisów prawa, na podstawie których orzeka, aby znał ducha ustawy a głównie różnice, jakie zachodzą między ustawą austr., któréj dni od dawna są policzone, a prawodawstwem nowszém, które niezadługo i u nas obowiązywać będzie; a że zadanie to nie jest zbyt łatwe, dowodzi okoliczność, że sam autor nie jest jasnym w określaniu uszkodzenia, które ma być ciężkiém „samo przez się" (str. 191, 201, 254 i 269).

Następnie spotkaliśmy się z kilkoma błędami, które prostować musimy. W części historycznéj autor nie dobrze tłumaczy wyrazy „*Gesetzbuch Manu's*" przez „księga prawodawcza Manus" (str. 7), bo prawodawca ten nazywał się Manu, „*Nordisches Recht*" tłumaczyprzez „prawo normandzkie" (zam. północno-giermańskie); „*Carolina*" niewłaściwie tłumaczy przez „prawo karolińskie," bo ustawy nie ogłosiła Karolina, lecz Karol V; wielkie i wiekopomne dzieło Pareusza nazywa mylnie „rozprawą o ranach;" dzieło Fedelego nie wyszło w r. 1691, lecz w r. 1602. W części biblijograficznéj rozprawę Mierzejewskiego (str. 13) zalicza do prac oryginalnych polskich, podczas gdy ona ukazała się w języku rosyjskim a tłumaczoną została w *Gaz. Lek.* przez Złobikowskiego; rzecz o uszkodzeniach oka Arlta, tłumaczoną na język polski przez Dra Buszka, poczytuje za oryginalną pracę ostatniego i stawia ją obok pierwszéj (str. 16 i 255); niemca Keckeisa zalicza do autorów polskich (str. 18).—Że ucisk nawet mierny na n. błędny przyspiesza u powieszonych wystąpienie bezprzytomności, twierdzi autor stanowczo (str. 321); wszakże Hofmann, za którym idzie, przypuszcza (tylko możebność, a doświadczenia Tamassii i tę ostatnią wykluczają. — Zresztą przyznać musimy, że błędów co do przedmiotu samego nigdzie nie napotkaliśmy; co najwięcéj uderza zbyt pobieżna wzmianka o alkaloidach trupich, których nazwa nawet nie jest wymienioną.

W podręczniku, przeznaczonym dla młodzieży uniwersyteckiéj, poprawność dat i nazwisk jest konieczną; dlatego żałujemy, że autor nie sprostował błędów, zapewne drukarskich, jak: Pyls i Szwammerdamm (str. 10), Rombert (2 razy str. 61 i 62, zapewne zam. Romberg), Smidt (67), Tomasia (416).

Język jest nienajgorszy; razi tylko nadużywanie konstrukcyi biernéj oraz końcówek ywać i uje (np. zajmywać, znajdywać, postępywać, a ztąd postępywanie; wykonuje, porównuje itd.); niestósownemi są niektóre wyrażenia, jak np.: gnicie powoduje (39, zam. sprawia, wywołuje), przyjąwszy zam. przypuściwszy, zapoznanie ciąży (129, zam. nierozpoznanie), przesypanie ziemią (206, zam. zasypanie); błędnemi: brak sutek (87, 261), dowodzi to udawanie (68), rozpoczynamy próbą, zwierzę doświadczalne, osądzanie kości, sposób pojedynczszy; wreszcie niestósownie autor nazywa szankier wiewiórem (105).

Usterki te nie szpecą książki w sposób uderzający, tak że pomimo braku wyżéj wspomnionego podręcznik Dra F. polecić możemy jako celowi swemu odpowiadający.

L. Blumenstok.

Prof. W. Filehne (w Erlandze): **Kairyn nowy lek obniżający ciepłotę.**

Dr. O. Fischer w Monachijum otrzymał alkaloid pochodzący z chinolinu, który nazwał kairynem.

Alkaloid ten tworzy z kwasem chlorowodowym sól krystaliczną, szarawo-białą, z odcieniem żółtym, w postaci drobnego proszku. Sól ta jest łatwo we wodzie rozpuszczalną, ma smak słonawo gorzki, nieco aromatyczny.

1,0 do 1,50 grama téj soli nie wywołuje żadnych skutków u ludzi zdrowych, nie ma ani wpływu na ciepłotę ani nie sprawia bólu głowy, dzwonienia w uszach, wymiotów itp.

U dorosłych chorych, mocno osłabionych nie należy przekraczać dawki 1,00 co dwie godziny, bo w przeciwnym razie występuje dość często sinica. Autor poleca szczególniéj podawać chorym gorączkującym dorosłym (z dziećmi nie robił doświadczeń) 0,30—0,50 grama, co $1—1\frac{1}{2}$ godziny. Jeżeli konstytucyja chorego wymaga mniejszych jeszcze dawek, to można je podawać, ale za to częściéj. Działanie bowiem 1,00 nie trwa nigdy dłużéj nad 3 godziny, działanie zaś 0,50 najdłużéj 9 kwadransów. Jeżeli działanie tego leku już ustaje, ciepłota się podnosi pośród dreszczyków, a niekiedy nawet gwałtownych dreszczów jak w zimnicy. Co do działania kairynu na ciepłotę u gorączkujących, to rzecz się tak ma: Dawki niżéj 0,30, jednorazowo podane, nie mają prawie żadnego wpływu na ciepłotę. Jednorazowa dawka od 0,50 do 1,00 wywołuje już znaczne obniżenie ciepłoty u gorączkujących, dochodzące od 0,50 do 2,0°C. i wyżéj. Jeżeli się taką samą dawkę poda przed ustaniem działania pierwszéj dawki, to ciepłota jeszcze więcéj opada. Tym sposobem w pewnych odpowiednich ustępach czasu znaczniejsze dawki (0,50—1,00) obniżają ciepłotę aż do prawidła, a niekiedy nawet poniżéj niewywołując przytém żadnych ubocznych niemiłych objawów. Mimo jak najenergiczniejszego podawania kairynu nie udało się nigdy autorowi obniżyć ciepłoty niżéj 37,0—36,5. Działanie dawki 0,50—1,00 rozpoczyna się już w 25 minut po podaniu *per os* (autor nie robił doświadczeń ze wstrzykiwaniami podskórnemi lub z enemami). Spadek ciepłoty podwyższonéj jest tém raptowniejszy, im większą jest podana dawka. W każdym przypadku następowało obniżenie ciepłoty pośród mocnych potów. Poty te obfite trwają tylko do chwili opadadania ciepłoty. Skoro ciepłota już opadnie do minimum, wywołanego przez kairyn, poty ustają, a ciepłota ta ostateczna da się utrzymać już stale jednakowo (bez dalszych potów), jeżeli się daléj podaje w odpowiednich ustępach kairyn. To zachowanie się, że poty ustają, skoro się ciepłota już ustali, wykazuje, zdaniem autora, że pierwszym objawem działania kairynu jest obniżenie ciepłoty, a następo-

wym dopiero pocenie się. Już w czasie potów, a szczególniéj, gdy się już ciepłota ustaliła, czują się chorzy podmiotowo zupełnie dobrze. Dotyczy to szczególniéj chorych na zapalenie płuc krupowe. Niska, prawie prawidłowa ciepłota, prawidłowe tętno, zmniejszona ilość oddechów, zmniejszenie się kłucia w piersiach, sprawia na tych chorych wrażenie, jakoby już prawie zupełnie wyzdrowieli. Skoro jednak tylko środek ten po krótkiém podawaniu przestanie się daléj stósować, to znów po upływie 2—3 $^1/_2$ godziny wszystko powraca do dawnego stanu i pośród dreszczów ciepłota znów się podnosi do maximum odpowiedniego chorobie i jéj okresowi. Jedynie tylko u chorych na zapalenie płuc krupowe uważał autor, że po podawaniu metodyczném przez 15 do 24 godzin kairynu, mimo zaprzestania dalszego stósowania tego leku, widoczném było jeszcze wybitne działanie przez czas dłuższy. Zresztą śród podawania w sposób odpowiedni kairynu można chorych z zapaleniem płuc krupowém utrzymać częstokroć przez cały ciąg choroby w ciepłocie prawidłowéj, albo mało co podwyższonéj. Czy kairyn jest może dla zapalenia płuc krupowego lekiem swoistym, o tém muszą rozstrzygnąć dopiero dalsze doświadczenia.

Mocz skutkiem podawania kairynu przyjmuje zabarwienie ciemno-zielone. Białko lub cukier ani razu nie wystąpiły. Uciążliwą jest rzeczą dla chorych i dla osób pielęgnujących tylko to, że trzeba koniecznie dzień i noc podawać choremu przynajmniéj co 2 $^1/_2$ godziny proszek, w przeciwnym bowiem zaraz występuje niemiły bardzo dreszcz, i podnoszenie się ciepłoty. Autor chcąc zapobiedz téj niedogodności używał dwóch sposobów. Albo przez odpowiednie zaniechanie leku tego dreszcz wywoływał w czasie, kiedy w biegu prawidłowym ciepłoty przypadała najwyższa remisyja, bo czém niższa ciepłota, do któréj chory pośród dreszczów dochodzi, tém mniejsze, i krócéj trwające te dreszcze. W tym celu podaje się lek wspomniany aż do 1széj lub 2giéj po północy. Lub téż starał się o powolne podnoszenie się wieczornéj ciepłoty, a to przez systematyczne zmniejszanie dawek ku wieczorowi. I tak np. o godz. 8méj wieczór podał 0,50, o 9téj, 10téj i 11stéj (względnie o 12éj i 1széj jeżeli zmniejszać późniéj zaczęto) po 0·25, bo i tutaj znów czém mniejszą była różnica między maximum ciepłoty, odpowiadającéj obecnéj chwili choroby, a maximum obniżenia jéj pod działaniem kairynu, tém dreszczyki były słabsze i krócéj trwające. Czy kairyn jest także skutecznym środkiem przeciw zimnicy, to muszą dopiero dalsze doświadczenia rozstrzygnąć. W każdym razie zdaje się autorowi, że kairyn będzie dla szczupłéj skarbnicy naszych leków bardzo ważnym nabytkiem, obniża on bowiem zawsze wybitnie ciepłotę w stanie gorączkowym, a nawet częstokroć usuwa zupełnie cały zbiór objawów, który obejmujemy wyrazem „gorączka.“ W każdym razie autor zastrzega sobie dalsze badania, które późniéj ogłosi, i donosi, że środek ten ukaże się wkrótce w handlu, a to wyrabiany przez pp. Meistera, Luciusa i Brüninga w Höchst. Wtedy, ma nadzieję autor, koledzy będą mogli poddać krytyce ten nowy środek i po liczniejszych doświadczeniach i spostrzeżeniach wydać sąd o jego wartości. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 45, 1882). *Dr. Kopff.*

Aufrecht (w Magdeburgu): **Dyfteryja błony śluzowéj pęcherza moczowego bez zakażenia od zewnątrz.**

Autor robił doświadczenia dla rozstrzygnięcia pytania, w jakim czasie skutkiem zupełnego zatrzymania odpływu moczu na zewnątrz występują zmiany w nerkach, objawiające się wystąpieniem w moczu wałeczków Belliniégo. W tym celu zakleił dorosłemu, silnemu królikowi, samcowi ujście cewki moczowéj zwykłym plastrem dyjachilowym, tak, że nawet ani kropla moczu nieodchodziła. Po 24 godzinach odjęto plaster. Silnym strumieniem wypłynęło koło 100 cm. sz. moczu mętnego. Mocz ten nie zawierał białka, ale liczne wałeczki. W dwa dni późniéj autor powtórzył doświadczenie. Po 24 godzinach zwierzę oddało 120 cm. sz. moczu mętnego, cuchnącego. W 4 dni znów w powyższy sposób wstrzymano u tego samego królika odpływ moczu. Tym razem znaleziono w moczu ciałka krwi białe i czerwone jakotéż wałeczki, w których widocznemi były moczany. W 4 dni wstrzymano odpływ moczu po raz czwarty na 24 godzin. Mocz wypuszczony w ilości 270 cm. sz. był mętny, oddziaływał obojętnie. Znaleziono w nim ciałka krwi białe i czerwone tudzież nieliczne wałeczki. W moczu odsączonym znajdowała się znaczna ilość białka. Od czasu tego ostatniego doświadczenia zwierzę oddawało tylko mocz, zawierający znaczniejszą ilość śluzu i ropy, a w 3 dni potém żyć przestało. W całości zatém w ciągu dni 10 wstrzymano cztery razy na 24 godzin odpływ moczu z pęcherza.

Badanie pośmiertne wykazało: Znaczna część jelit sklejona wypociną włóknikowo-ropną. Pęcherz moczowy pokryty strzępami takiejże wypociny, o ścianach znacznie zgrubiałych nacieknych. We wnętrzu jego znajduje się mała ilość cieczy, ciągnącéj się, śluzowo-ropnéj. Na błonie śluzowéj i w niéj widać dość liczne miejsca niejednostajnie okrągłe, wielkości 5 do 10 fenigówki, mające wejrzenie szarawobiałe, drążące w wielu miejscach aż do błony surowiczéj pęcherza. Z wejrzenia miejsca te niczém się nie różnią od miejsc dyfterytycznych błony śluzowéj gardła u ludzi. Napletek na prąciu prócz nadżerków na zewnętrznéj stronie nie okazuje żadnych zmian. Cewka moczowa zaledwie zaczerwieniona. W moczowodach i miedniczkach nerkowych zmian żadnych. Badanie drobnowidowe wykazało, że na miejscach pokrytych wypociną błonicową, jakotéż w treści pęcherza znajduje się bardzo wielka ilość ustrojów drobnowidowych. Są to częścią zwykłe *cocci*, częścią różnéj wielkości laseczki. Te ostatnie napotyka się albo pojedynczo albo po dwa, najczęściéj jednak łańcuchowato spojone po kilka lub kilkanaście razem.

Na podstawie tego doświadczenia stwierdza autor że: prątki wywołujące zmiany chorobowe na błonie śluzowéj pęcherza moczowego mogą się rozwinąć, chociaż, jak to dotąd za konieczność uważano, nie wprowadzono je z zewnątrz przez cewkę moczową. Autor wyklucza samoistne wtargnięcie grzybków dyfterytycznych do pęcherza przez cewkę, choćby tylko dla tego, że ani w cewce ani na napletku nie znaleziono zmian żadnych chorobowych. Doświadczenie powyższe w zupełności stwierdza zapatrywania Billrotha, Tiegela i innych, że w ogóle w ustroju zwierzęcym znajdują się grzybki drobnowidowe, które pośród warunków korzystnych, jak np. w tym przypadku, mogą się do tego stopnia rozmnożyć (przyczém może i ulegają pewnym istotnym zmianom), że dają powód do zaburzeń miejscowych lub ogólnych w organizmie. (*Allg. med. Centralzeitung* 1882 Nr. 99). *Dr. Kopff.*

Prof. Friedreich: **Przyżeganie łechtaczki jako antihystericum.**

W przedostatnim zeszycie archiwu Virchowa (z r. 1882) umieszcza prof. Schultze pracę zmarłego niedawno mistrza swego. Pracę tę poprzedza wspomnienie pośmiertne wyszłe z pod pióra Virchowa, który wymownemi słowy kreśląc bieg

życia swego asystenta, kolegi i przyjaciela daje nam poznać w zmarłym głębokiego myśliciela i rzadkiego obserwatora, dla którego prawda jedynym była celem, nauka osłodą i pocieszycielką w ciężkich życia chwilach. Z tém téż większém zajęciem czytamy piękne spostrzeżenia Fr. przedstawione z prostotą i ścisłością, jakiéj najbardziéj może wymaga rozdział patologii objęty tak wieloznaczącym wyrazem macinnictwo.

Fr. wykazując jak różnorodne są czynniki etyjologiczne macinnicy przychodzi do przekonania, że mamy do czynienia głównie ze zboczeniami czynnościowemi całego układu nerwowego, częściéj jednak poszczególnych jego oddziałów. Zmniejszona odporność, łatwiejsza pobudliwość a ztąd i szybsze znużenie przyrządów nerwowych, w obec zadziałania wpływów zewnętrznych cechują głównie tę chorobę. Gdy macinnica tkwi w warunkach odziedziczonych lub w dziecięctwie nabytych, wyniki lecznicze nie bywają zadowalające; daleko lepszych skutków spodziewać się można w tych przypadkach, w których macinnica rozwinęła się skutkiem bladaczki, niedokrewności, zboczeń trawienia itd. szczególniéj zboczeń narzędzi płciowych kobiet.

Fr. omawia następnie samogwałt i w związku z nim będące chorobowe objawy u dziewcząt i kobiet starszych i wykazuje nader częsty związek tych zboczeń z macinnicą w różnych jéj postaciach. Drobiazgowo podane historyje chorób nie nadają się do streszczenia. Napotykamy tu typowe obrazy macinnicy z porażeniem ruchowém odnóg dolnych, napady drgawkowe obok utrzymanéj samowiedzy, w jednym przypadku zupełny b e z g ł o s, hysteroepilepsyję z tężcowym kurczem (7 miesięcy trwającym) w zakresie n. dodatkowego Willisa itd. We wszystkich przypadkach najściślejsze obserwacyje chorych trwały po kilka lub kilkanaście miesięcy, i dopiero po bezskutecznėm leczeniu zwykłemi środkami przeciwmacinniczemi wykonano w pewnych odstępach czasu silne przyżeganie łechtaczki kamieniem piekielnym. W przytoczonych przypadkach, pomimo nawrotów choroby czasem dostrzeżonych, nastąpiło w stosunkowo krótkim czasie doszczętne wyleczenie, nawet w rozpaczliwych postaciach téj proteuszowéj choroby.

Fr. zaleca usilnie powyższy sposób wykazujący „z a d z i w i a j ą c e s k u t k i. Pomyślny wpływ już pierwszych przyżegań usuwa przypuszczenie jakoby skutek był tylko przypadkowym, zwłaszcza że chodziło o ciężkie i uporczywe postacie, gdzie najróżnorodniejsze środki i sposoby lecznicze przedtém stosowane były zupełnie bezskuteczne. Sam uważam skeptycyzm leczniczy, tak pisze Friedreich, za nieuzasadniony, choć wyniki w najwyższym stopniu mnie zadziwiły, jeżeli się uwzględni tę okoliczność, że od chwili rozpoczęcia przyżegiwań żadnego innego leku nie używałem.“

(Myśl Friedreicha nie jest nową. Pierwszy który przedsięwziął wycięcie łechtaczki był B a k e r - B r o w n, w r. 1866 celem wyleczenia macinnicy, padaczki a nawet zboczeń umysłowych. Wychodzi on z téj zasady, ze ustawiczne podrażnienia pewnych nerwów obwodowych, szczególniéj okolicy części rodnych i międzykrocza, sprowadzają utratę siły nerwowéj (*loss of nerve power*). Równocześnie prawie G u s t a w B r a u n w Wiedniu wykonał ten rękoczyn na dwóch niezamężnych niewiastach wyniszczonych fizycznie i umysłowo skutkiem samogwałtu. Skutek i tym razem był nader pomyślny. l. c. 226). *Dr. Pisek.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Gorąca woda w żółtaczce.** Mosler używał z pomyślnym skutkiem lawatyw z gorącéj wody w nieżytowéj żółtaczce. Doświadczenia Röhriga okazały, że takie lawatywy zwiększają na dłuższy czas wydzielanie żółci, a Peiper wykazał, że żółć przez to stawała się płynniejszą. W miarę jak ilość wody w żółci wzmagała się, zmniejszała się ilość stałych części. Mniéj lub więcéj w 6 godzin po lawatywie ilość istot stałych wznosi się ponad ilość prawidłową a ilość wody obniża się poniżéj téjże. (*The Lancet* Nr. 21, II, 1882).

Ω **Przeciw odmrożeniu** poleca prof. F. A. H o f f m a n n w Dorpacie jako znakomity środek faradyzowanie skóry. Według H. 2 do 5-razowe faradyzowanie usuwa w zupełności odmrożenie wraz ze wszystkiemi niemiłemi przypadłościami. (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 2, 1883).

Ω **Uduszenie przez glisty.** Szczetkin opisuje w jednéj z gazet rosyjskich następujący przypadek. Jednego z rekrutów oddano do szpitala z powodu podejrzenia, że udaje głucho-niemego. W 18 dniu po przyjęciu rekrut umarł nagle. Przyczynę śmierci wykryto dopiero przy sekcyi. Zmiany w mózgu i narządach jamy piersiowéj wskazywały, iż śmierć nastała skutkiem uduszenia. W krtani znaleziono trzy dorosłe glisty. Prócz tego znaleziono przy sekcyi jeszcze w kiszkach i żołądku 24 dorosłych i młodych glist. (*Med. Ztg.*, Nr. 50, 1882).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XVIII Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 6 grudnia 1882.
Przewodniczący kol. J o r d a n. Członków obecnych 30.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. W o l f r a m okazał i opisał preparat tętniakowatego rozszerzenia tętnicy płucnéj

3) Następnie drnd. S c h a i t t e r okazał 3 preparaty z Zakładu Med. sądowéj. Pierwszy z nich, tętniak wstępującéj tętnicy głównéj pochodził z człowieka około lat 40 liczącego, który z ciężarem upadł i nagle żyć przestał. Śmierć nastąpiła w skutek pęknięcia tętniaka i krwotoku do worka osierdziowego. Tętniak ów rozwinął się na tle miażdżycy i tworzył guz wielkości dużego orzecha włoskiego. Otwór w nim kątowaty długości 2cm. W przypadku tym zachodziła wątpliwość, czy człowiek ten upadł straciwszy przytomność w chwili pęknięcia tętniaka, lub téż czy pęknięcie nastąpiło skutkiem upadnięcia. Pytanie to nie da się stanowczo rozstrzygnąć.

Drugi preparat pochodził z kobiety również nagle zmarłéj liczącéj około 80 lat. Przyczyną śmierci krwotok do jamy opłucnowéj prawéj z tętniaka części wstępującéj i łuku aorty zmienionéj miażdżycowo w całym przebiegu. Tętniak przedstawiał się jako guz wielkości pięści. Ściany tętniaka niejednostajnie zgrubiałe były najcieńszemi w miejscu zrośnięcia się jego z opłucną i tu właśnie znajdował się mały otworek o brzegach nieznacznie krwią podbiegłych, który prowadził z jamy tętniaka do jamy opłucnowéj. Komórka lewa nieprzerosła, mięsień sercowy jędrny, skurczony. Ściany komórki prawéj w znacznéj części zanikłe kosztem grubego pokładu tłuszczowego rozwijającego się ponad tą komórką. Przypadów ze strony narządów krążenia i oddechania za życia miało wcale nie być, również w głosie jéj nie spostrzegano zmiany a na bóle w klatce piersiowéj nigdy się nie żaliła.

Trzeci preparat pochodził z mężczyzny zamordowanego, u którego znaleziono ranę w dolnéj części szyi po stronie lewéj ponad obojczykiem, zadaną narzędziem ostrém, śpiczastém. Kierunek rany od góry i zewnątrz ku dołowi wewnątrz. Przecięta żyła szyjna, tchawica od dołu a jama opłucnowa prawa otwarta. Krwotok z żyły szyjnéj częścią na zewnątrz, częścią do jamy opłucnowéj prawéj; do tchawicy krew wcale się nie dostawała. Uwagi godném było, że brzegi rany w skórze nie okazywały

podbiegnięcia krwią, tak, że nie różniły się wejrzeniem od rany zadanéj po śmierci.

W dyskusyi podał kol. prof. Blumenstok dokładniejsze wiadomości dotyczące ostatniego przypadku przez prelegenta opisanego.

4) Kol. Paszkowski w imieniu Komitetu zdał sprawę z narad nad zmianami w statucie Tow. przedsięwziąć się mającemi. Rzecz ta więcéj szczegółowo roztrząśniętą zostanie na posiedzeniu administracyjném.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

XIX Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak z d. 20 grudnia 1882.

Przewodniczący: kol. Jordan Członków obecnych 34.

1) Kol. doc. Obaliński przedstawił 2ch chorych po wypiłowaniu stawów, podając uwagę, że rękoczyn powyższy przedsiębrany z powodu gruźlicy miejscowéj w późniejszych okresach choroby zwykle ujemny daje wynik, występują bowiem recydywy sprawy chorobowéj. Z tego téż względu resekuje prelegent, o ile możności, jak najwcześniéj. Nie resekuje, jeżeli można wykazać większe ropnie okołostawowe lub gdy ropnie wspólniczą ze stawem wypiłować się mającym. Prelegent, pomimo ciężkich przypadków w szpitalu operowanych, miewa dobre rezultaty, co przypisuje ściśle przeprowadzonéj antyseptyce.

Przypadek pierwszy przez prelegenta przedstawiony dotyczył chłopca, u którego z powodu rozlanego ropnia i zajęcia stawu biodrowego wypiłowano ten ostatni sposobem połączonym Schedego i Langenbecka. W 7 tygodniu po operacyi chłopiec ma się dobrze, pomimo że w pierwszych dniach po operacyi kał i mocz dostawał się do opatrunku. Obecnie chory porusza odnogą chodząc bez bólu, a skrócenie jest tak nieznaczne, że łatwo odpowiednim butem wyrównać je można.

Przypadek drugi dotyczył mężczyzny 37-letniego, u którego sprawa chorobowa w kolanie prawém trwała od $1\frac{1}{2}$ roku, wywołując kontrakturę pod kątem prostym i rozległe ropnie przetokowate. Operacyję wykonano sposobem Textora z usunięciem rzepki. Dziś zrośnięcie zupełne, odnoga prosta.

2) Następnie kol. Schramm opisał przypadek wyjęcia nowotworu *(fibromyxoma) per vaginam* w klinice prof. Mikulicza. (Przypadek ten ogłoszony został w Przeglądzie Lekarskim).

3) Kol. Dr. Jan Gwiazdomorski wybrany został członkiem czynnym Towarzystwa.

4) Wybrano na rok przyszły przewodniczącym Tow. kol. doc. Dra Obalińskiego, zastępcą kol. Kwaśnickiego, sekretarzem stałym kol. doc. Jordana, sekretarzem dorocznym kol. Mendelsburga, podskarbim kol. Zarewicza, redaktorem Przeglądu Lek. kol. prof. Blumenstoka, członkiem Rady sanitarnéj miejskiéj kol. Paszkowskiego. W skład komisyi redakcyjnéj weszli koledzy: prof. Korczyński, prof. Oettinger. doc. Pareński i doc. Jordan. Delegatami do Rady Zawiadowczéj Tow. lek. gal. wybrano Dra Krówczyńskiego i Dra Riegiera. W końcu wybrano komisyję mającą obmyśleć sposób uczczenia ustępującego prezesa Tow. Do komisyi weszli koledzy: prof. Blumenstok, doc. Grabowski i prym. Paszkowski.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Państwowa piecza nad dotkniętymi padaczką. Rząd saski w ostatnich latach zwracał uwagę na dotkniętych padaczką i obecnie istnieją w tym kraju przytułki dla chorych mężczyzn i kobiet, w których za sumę koło 120 złr. znajdują opiekę. Istnieje obecnie zamiar urządzenia zakładu dla chorych z zamożniejszych klas ludności, których roczna opłata będzie wynosić koło 280 złr. Istnieje też osobny zakład dla dzieci dotkniętych padaczką.

○ W Brockley Hill w Anglii ma być urządzony dom dla rekonwalescentów po płonicy, głównie za staraniem pani Maryi Wardell.

○ W angielskiém Towarzystwie higijeniczném okazywano niedawno ubiór przeznaczony dla lekarzy, osób pielęgnujących itd. zmuszonych do wchodzenia do mieszkań osób chorych na choroby zakaźne. Ubiór ten składa się z glansownego mackintoshu i okrywa całkowicie osobę używającą go, jedynie twarz i ręce pozostają nieosłonięte. Stwierdzono, iż przy użyciu tego okrycia nie zachodzi potrzeba zmiany zwykłego ubioru i zapobiega się niebezpieczeństwu udzielenia się choroby. Ubiór ten można odwietrzać i oczyszczać, ilekroć uzna się za stosowne. Oddechadło złożone z waty oczyszczonéj między dwiema delikatnemi siatkami uzupełnia ten ubiór. Po użyciu spala się watę a wypłukuje siatkę.

Ω **Paryż.** Na posiedzeniu *Académie des Sciences* Margis odczytał swą pracę, w jaki sposób można otrzymać tlen z powietrza atmosferycznego dla celów przemysłu i rękodzielnictwa. Margis proponuje otrzymanie takie tlenu stosując dyfuzyję powietrza pod silném ciśnieniem przez mocne błony kauczukowe. Po pierwszém przeciśnieniu powietrza przez te błony otrzymuje się mięszaninę zawierającą miasto zwykłych 23—24% tlenu, już 40% tego gazu, po drugiém przeciśnieniu zawiera mięszanina już tylko 40% azotu, tlenu zaś 60%, po trzeciém zaś 80%, a po czwartém koło 95%0, co już dla przemysłu jest dostateczném. (Doświadczenia w tym kierunku wykonali już dawniéj Th. Graham i Wróblewski).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 lutego. Otrzymaliśmy list następujący:

Świetna Redakcyjo Przeglądu Lekarskiego;

Smutne ale prawdziwe podaję fakta, jak lekarzy sądowych już i tak *ad minimum* uszczuplonych pod względem wynagrodzenia za czynności sądowolekarskie, obecnie za nużące i zdrowie nieraz niszczące podróże i czynności wynagradzają.

W październiku ubiegłego roku zawezwano mnie jako znawcę sądowego na komisyję w góry, nad samą granicę węgierską, na odległość 34 kilometrów drogi (tam i napowrót 68 kilometr.), z których do 10 kilometrów jedzie się bezdrożnemi lasami. Sama podróż tam i napowrót bez czynności i wypoczynku wymagała około 15tu godzin czasu. Przytém z powodu niemożebności siedzenia pięciu osób na jednym wózku śród jazdy po drogach górskich, kol. Dr. Wr. pojechał na wynajętéj za własne pieniądze podwodzie. Za podróż (bez wynagrodzenia osobno podwody) porachowano tylko dwudniową dyjetę a za oględziny i orzeczenie, z powodu lekkiego uszkodzenia ciała 1 złr. 5 c. Sąd zaś przyznał nam tylko po jednym dniu dyjet, a więc jednemu lekarzowi razem 4 złr. 55 ct., drugiemu jako lekarzowi powiatowemu 3 złr. 55 c. i to za stracone dwa dni i 68 kilometrów odbytéj drogi! Podobny przypadek stał się przed dwoma laty temuż koledze Drowi W., który zawezwany na komisyję w góry na odległość 21 kilometrów z powodu braku drugiego lekarza sam musiał wykonać dwie sekcyje i orzeczenia wydać na miejscu. Gdy mu przypadającą słusznie dwudniową dyjetę okrojono na jeden dzień, wniósł rekurs do prezydyjum Sądu. Po paru miesiącach otrzymał nakaz zapłacenia kary 3 złr. 50 c. z powodu nieostęplowania podania. Karę zapłacił a trzeci rok minął, a jeszcze odpowiedzi na rekurs nie otrzymał. Fakta te nie potrzebują komentarzy. Ale jak tłumaczyć sobie taki przypadek nie dawno zaszły, że sędziemu przyznano dwa dni dyjet, lekarzowi zaś koledze Dr. N. razem z tym panem sędzią komisującemu i na jednym wózku jadącemu, jeden dzień! Dopiero w rekursie trzeba było wykazać taką w oczy bijącą niestosowność.

Choć wielokrotnie już poruszano ale zawsze bezskutecznie kwestyję co do niestosownego całkiem wynagrodzenia lekarzy za czynności sądowolekarskie, to wobec takich i innych faktów, gdzie lekarz (a dotyczy to prawie wszystkich lekarzy na prowincyi mieszkających) nieraz pod zagrożeniem grzywną zmuszony jest z porzucaniem praktyki prywatnéj odbywać komisyje sądowe na odległość paru mil z poświęceniem całéj doby lub dwu dni czasu, w obec takiego uznania poświęcenia i pracy lekarzy przez Sąd, poruszam tę kwestyję, aby Towarzystwa lekarskie usilnie starały się u władz odpowiednich, jeżeli już nie o zupełną zmianę taryfy należytości, to przynajmniéj 1) o podwyższenie dyjet lekarzy i 2) o stałe unormowanie stosunku dyjet do odległości. Sądzę, że w tym celu chcąc skutecznie działać wszystkie Towarzystwa lekarskie w Austryi powinny się poprzednio porozumieć.

Gorlice, 7go lutego 1883. *Dr. Karol Bielczyk.*

(Czyniąc chętnie zadosyć życzeniu szan. korespondenta zamieszczamy list jego, jakkolwiek po doświadczeniach dotychczasowych nie mamy nadziei, aby słuszne jego upomnienie się skutek osiągnąć mogło. *Red.)*.

○ W Nr. 3 wspomnieliśmy o ogłoszeniu zamieszczoném w *Kur. Warsz.* przez pewnego kolegę i rodaka praktykującego

w Wiedniu, ofiarującego chorym pomoc. Obecnie znajdujemy w *Gaz. Lek.*, która także wzmiankę o têm ogłoszeniu uczyniła, wyjaśnienie, wyjęte z listu kolegi, którego to dotyczyło, że ogłoszenie to dostało się bez jego wiedzy do *Kur. Warsz.* w skutek nieodpowiednio pojmowanéj życzliwości przez osobę w redakcyi *Kur. Warsz.* pracującą.

* Zanosi się na urządzenie w mieście naszém *maison de santé*, zakładu, który w obec zwiększającéj się ciągle liczby mieszkańców, a głównie zjeżdających się dla szukania rady lekarskiéj zamiejscowych, bardzo jest potrzebnym.

* Prof. Adamkiewicz otrzymał pozwolenie przyjęcia i noszenia krzyża oficerskiego orderu serbskiego Takowy.

* Od Administracyi „Przewodnika gimnastycznego" we Lwowie otrzymaliśmy zawiadomienie, że pismo to wychodzić będzie i nadal pod redakcyją Dra Tad. Żulińskiego w objętości jednego arkusza co miesiąc i że cena prenumeracyjna wynosi 1 złr. 30 c. rocznie lub 65 c. półrocznie. (Administracyja we Lwowie, l. 3, plac Bernardyński).

* **Warszawa.** D. 4 bm. lekarz Albert Rosenthal otrzymał stopień doktora medycyny, obroniwszy rozprawę: „O zmianach mózgowych w chorobach zakaźnych". Oponentami byli: Przewóski i Popow. (*Gaz. Lek.*).

W Tow. lek. naznaczeni zostali członkami komitetu higijenicznego pp. Jasiński, Jul. Kramsztyk, Markiewicz, Mayzel, Natanson, Nencki i Przewóski, zastępcami zaś pp.: Dobrzycki, Dunin, Fritsche, Lubelski i Rogowicz.

* **Wiedeń.** *W. med. Presse* donosi, że temi dniami ukaże się monografija Dra Arnolda Spiny, asystenta prof. Strickera, p. t. „Studyja o gruźlicy," która w obec odkrycia Kocha zajmie takie samo stanowisko, jak je zajął był Koch w obec Pasteura, tojest wykaże z loiką nieubłaganą całą nicość nauki o prątkach gruźliczych, jako przyczynie gruźlicy. Piękne i zachęcające widoki!

Radzca rządowy prof. Müller mianowany został na dalsze 3 lata kierownikiem zakładu weterynarskiego w Wiedniu.

* **Niemcy.** Zjazd klinicystów wewn. niemieckich odbędzie się tego roku znów w Wiesbadenie od 17—20 kwietnia.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachijum.** Na katedrę opróżnioną po Heckerze przedstawiono terno w następującym porządku: Winckel, Ahlfeld, Müller. — **Marburg.** Na katedrę ginekologii przedstawiono terno w kolei następującéj: Ahlfeld, Müller, Lahs.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarz sztabowy Dr. Jakób Wolff, krakowianin, naczelny lekarz szpitala garnizonowego w Osieku, przeniesiony został w stan spoczynku, a jego miejsce zajął lekarz sztabowy Dr. Maks. Magny ze szpitala garnizonowego w Krakowie; przeniesieni zostali do obrony krajowéj: starszy lekarz Dr. Tytus Wasylewski i asystenci w rezerwie: Drowie Wład. Staniszewski i Stan. Jana; uwolnieni ze służby wojskowéj: Drowie Zdzisław Lachowicz i Wład. Tatarczuch.

Stopień doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Lesław Gluziński z Sompolna w Król, Józef Patryn z Strzyżowa i Władysław Węgrzynowski z Stobierny w Galicyi; stopnie zaś lekarzy w Uniw. Warsz. pp. Kobylański, Horoszewicz i Troczewski.

* **Nekrologija.** W Lutomierzycach umarł znakomity anatom Bochdalek, wysłużony profesor anatomii opisowéj w Uniw. prażskim. — W Berlinie umarł prof. położnictwa dla akuszerek Dr. Schöller.

Piśmiennictwo lekarskie. O sposobach niesienia pierwszéj pomocy w nagłych przypadkach. Dziełko prof. Esmarcha, przełożył i przerobił Dr. K. Grabowski docent higijeny w Uniw. krak. Kraków, nakładem księgarni S. A. Krzyżanowskiego 1883. VII i 98 str. 8vo.

Rozgłośne to dziełko, wydane przez prof. Esmarcha w języku niemieckim, nie potrzebowało polecenia; snać było bardzo potrzebném, skoro w przeciągu kilku miesięcy doczekało się aż 4 wydań. I rzeczywiście zasługuje na to, bo w krótkiéj treści a łatwo zrozumiałéj formie poucza laika o najważniejszych wiadomościach z zakresu anatomii i fizyjologii ciała ludzkiego jakotéż o sposobach dania pierwszéj pomocy uległym nagłemu przypadkowi. Za prawdziwą téż zasługę uważać należy Docentowi Grabowskiemu, że wzbogacił i naszą literaturę tłumaczeniem tego cennego dziełka, zwłaszcza że potrafił to uczynić również językiem pięknym, stylem potoczystym a przedewszystkiém łatwo zrozumiałym i zwięzłym a nie zbyt purystyczno-przesadnym.

Tłumaczenie to pojawiło się w samą porę, gdyż i u nas zaczynają poruszać kwestyję zakładania podobnych stowarzyszeń jak niemieckie „Samariter-Verein" lub przynajmniéj wykładów na wzór „Samariter-Schulen." Spodziewam się, że wszyscy koledzy powitają z radością to dziełko i postarają się o jak najszersze rozpowszechnienie go tak w domach prywatnych jak i w niektórych instytucyjach np. szkołach, plebanijach a przedewszystkiém strażnicach pożarnych, urzędach gminnych itp. — Zarzut w ostatnich czasach przeciw takiemu popularyzowaniu nauki lekarskiéj podnoszony, jakoby stwarzającemu z urzędu partaczy lekarskich, wydaje mi się niewłaściwym, albowiem tu przedewszystkiém rozchodzi się tylko o danie pierwszéj pomocy, kiedy jeszcze nie zdołano zawezwać lekarza a zresztą rozszerzanie takich dziełek przez sumiennych i fachowych ludzi napisanych zapobiedz może rozpowszechnianiu się innych ogólnie znanych a przez niesumiennych wyzyskiwaczy kreślonych piśmideł, które stają się przyczyną spaczonych pojęć o leczeniu i odstręczają ludzi mniéj światłych od lekarzy *Obaliński.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6: Kramsztyka: Z panoramy własnego oka (c. d.); Jerzykowskiego: Uwagi nad wstrzykiwaniami do jamy macicy (dok.): Rejchmana: Przyrząd o podwójnym strumieniu do przepłukiwania żołądka; — w *Medycynie* Nr. 6: Schaittera: Wątpliwy stan umysłowy mordercy (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 21go lutego rb. w **Zakładzie anatomo-patologicznym** o godzinie **szóstéj** zwyczajne posiedzenie, na którém po wyczerpaniu porządku dziennego z przeszłego posiedzenia kol. prof. Browicz okaże kilka bardzo ciekawych preparatów.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Na liczne korespondencyje, które w sprawie pewnego lekarza z prowincyi od tygodnia dochodzą Redakcyi i Członków Komisyi Redakcyjnéj odpowiadamy tymczasem, że sprawę takiéj doniosłości musimy naprzód dokładnie sprawdzić, zanim ją podamy do wiadomości publicznéj i zdanie swoje wyłuszczymy, co zapewne nastąpi w numerze przyszłym. Szan. korespondenci niechaj nas więc nie posądzą o obojętność lub opieszałość; od bronienia godności zawodu lekarskiego nigdy się nie uchylamy, ale broniąc godności ogółu musimy mieć wzgląd na godność jednostki.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Z powodu przybytku prenumeratorów nakład Nr. 1go Przeglądu Lekarskiego jest wyczerpanym; Administracyja udaje się przeto z prośbą do prenumeratorów w Krakowie i na prowincyi, niezachowujących Przeglądu, aby zechcieli zwrócić jéj egzemplarze Nr. 1 Przeglądu Lek. z r. b.; ewentualnie gotowa jest Nry te odkupić po cenie 40 cnt. za egzemplarz, którąto kwotę przeszle natychmiast przekazem.

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego (Dra Medycyny) w Frysztaku. Kasa miejska płaci 120 złr. rocznie przyczém zapewnione oględziny bydła i praktyka sądowa w miejscu. *Burmistrz.*

OBWIESZCZENIE.

W Zakliczynie nad Dunajcem jest posada lekarza z roczném wynagrodzeniem w kwocie 250 złr. i wolném pomieszkaniem każdéj chwili do obsadzenia.

W odległości Zakliczyna do N. Sącza 36 kilom., do Tarnowa, 27 kilom., do Brzeska 30 kilom., i do Ciężkowic 19 kilom., nie ma Dra medycyny, a lekarz w Zakliczynie osiadły wykonywałby także praktykę w miasteczku Czechowie o 10 kilom. odległém.

Do posady lekarza w Zakliczynie są także pośmiertne oględziny 12 gmin, rewizyja bydła na rzeź i podczas jarmarków co 3 tygodnie się odbywających za osobném wynagrodzeniem przywiązane.

Zwierzchność gminna.

Zakliczyn dnia 25 Stycznia 1883.

Burmistrz
Wincenty Stay.

Dr. Michał Kaufmann były lekarz kąpielowy w Jaworzu ma zaszczyt zawiadomić Szan. Kolegów, że z rozpoczęciem bieżącego sezonu ordynować będzie jako lekarz zdrojowy w Maryjenbadzie. (Ulica Nehra Villa *Mozart*).

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.